

といってもらおうという位置関係だと思います。

確かに系統講義は大体4年生まででやるので、4年生の卒業資格試験という意味では国際保健が入るのはいいですが、建前から言うとモデルコアカリキュラムは4年生の卒業試験ではなくて実習ができるかどうか。患者の前に出していいかどうかという意味です。そうすると、4年生まで教えた内容を卒業時点でちゃんと学んでいるかどうかは各大学の問題で、コアカリキュラムが出来た経過や、いろいろなことの中で、現実コアカリキュラムの中にできるだけ衛生、公衆衛生が教える範囲を入れたいという気持ちは私もありますが、当面の衛生、公衆衛生教育協議会や、公衆衛生学会としての対応という部分とはちょっと離れて、将来的にはコアカリキュラムと国試ガイドライン、あるいは、それ以降ということの全体を見た中で医学教育の中で衛生、公衆衛生は何をやるかということはもちろん考えなくてはいけないのではないかと思います。

例えば、私は専門の産業保健に軸足を置いているつもりですが、実は産業保健はいま認定産業医制度ができて50単位の講義を受けなくてはいけないということを考えると、アンダーグラジュートの医学生にあそこまで教える必要があるのかなという気がすごくします。それより、もっと基本的な公衆衛生マインドにつながるようなところにもっと時間を割くなり、我々のエネルギーを注ぐべきで、例えば塩化ビルモノマーで肝血管肉腫は今まで日本で数人しか出ていないですが、よく冗談で、「これで国家試験に落ちた医学生が何十人いる」という、そういうことはそろそろ卒業しなければいけないのではないかと思います。

【司会】北村先生、カリキュラムのことで何かありますか。

【北村】私自身、大学に来たのがこの4月です。それで、大学のほうもいまカリキュラムが切り替わっている段階でなかなか掴みづらいというのが現状です。正直言って、カリキュラム、あるいは教員の中でいま感じているのが公衆衛生、あるいは衛生学と言われるものが非常に広い範囲で、非常に学際的であるというのを折々感じていて、その中で限られたスタッフで専門性も非常に限られた中で教えていく。それが、どうカリキュラムを必要な中で抑えていくか。あるいは、どう外部の先生方の力を借りてやっていくかというところが非常にいま悩ましくて。また、学生はコアカリキュラムがあったり、また学生の関心としては国家試験というのがあると思いますが、その項目を最後の中でどう触れ、学生に紹介していくかというところでいま頭を悩ませています。

昨年度からですが、三重大学では6年生の講義のときに社会医学という集中講座がありまして、その中でその部分をもう一度社会医学、公衆衛生中心ですが、まとめて、それで系統立ってもう一度見直してくださいというような形で抜けてきたようなことを振り返るということで工夫しています。非常に広すぎて十分やっていけないことをどう工夫されているのかも悩ましいところで、先生方にもお聞きしたいというのが現状です。

【司会】皆、悩んでいるところだと思いますが、幅は広いんですね。いま矢野先生が言われたように、結局、焦点と言うか、よく言われていることはパブリックヘルスマインドと

いうところになってくるのかな。学生が自分の頭で考えて、細胞レベルとは違う人間の生活レベルでどういうふうに病気に対応するのか、予防に対応するのか、そういうところを実際に身近に起こっているケースの中から学んでもらうのが矢野先生のスタイルだと思います。

【北村】もちろん、1つは公衆衛生の実習というのがありますが、例えば、内科を回って患者の診察をしたときに、その患者がどういう社会から来たかとか、患者が退院した後にどういうところに行くかみたいなことにスッと目が行くような教育を我々がどのくらいできるかというのが一番大切なところではないかと思います。

そういう内容を、我々が整理してモデルコアカリキュラムのFがいいのか、そのほかのところ全部にも手を突っ込んでいくかはあると思いますが、そういう努力を長期的な視点で教育協議会でしなければいけないのではないかと思います。

【司会】個々の項目とプラスして、そういうのが常に頭にないとモデルコアカリキュラムというのは意味がないと思います。

【実成】私も大学を卒業したのがほぼ40年前になります。そのころ公衆衛生を始めたときは、ものすごくたくさんあって本当にわかりませんでした。だんだん年を重ねていくとかなり整理されてきて、いま稲葉先生、矢野先生もおっしゃられているように、結局、私たちの健康と、それを取り巻く社会環境の間のことだ。社会環境が実際にはものすごく影響を与えています。ところが、臨床だと、そこを離れて病室に来てみている。そういうことになります。ところが、日常はほとんど社会・環境に住んでいていろいろなファクターを持っている。それを想像してもらわなければいけないわけです。臨床の目の前にいる人は見えるけれども、社会・環境のほうは見えないわけです。物としては見えない。特に、社会は物としては見えないわけです。社会というものは言葉としてはあるけれども、物としては見えないんですよね。つまり、システムだとか、そういうものは物としては見えないわけです。環境はまだ見えます、山があり、川があり、空気や水があるという形で見えるけれども、社会は人間が作り上げると思うので物としては見えない。しかし、そこ人間健康はものすごく作用している。だから、その社会をいかに見せるかという訓練が非常に大切だと思います。

僕は、学生にはいつも「新聞を読め」と。これは、社会というものが活字で見えるようにしています。それから、テレビのニュースを見よ。これは映像で見えるようにしています。どんなニュースでもいいんです、社会に起こることを見ていれば。そこへ社会を、見えなから本来的には自分の頭で考えるしかありませんが、ある種見えるようにしているのが新聞とかテレビ。それを日常暴露しておく、社会に対してちょっとは見えるようになる。そこに我々の公衆衛生学という学問を持って行って、それを現実には社会に当てはめるわけです。だから、その社会のところのところがわかるようにしておかないと、幾ら専門的なことを言っても実感として結びつかないわけです。

私も長年教育をやってきましたが、最終的には、そこをとにかく染み込ませる。社会環

境と健康というところ、そこが基本だと思います。そこをきちんと染み込ませたら、これはそこから保健にしても、学問人間の体を細分化しているばかりではないと思ってくれるのではないか。そういう観点になると、意外と流れなんですね。我々は、個人よりもっとたくさん集団あるいは社会を形成している。そこにおいて健康を考えるから切り口が違うんですね。だから、同じ感覚で並べる必要はないと思います。全然切り口が違うと思います。だから、到達したらその因果関係というか、原因と対策というところを基本に考えたらいいのではないかとということで整理しています。

なかなかわかりにくいところですが、長年苦勞してきた結果はそんなところに到達して、今回はモデルカリキュラムの意見もそこを書いています。いわゆる統合講義と言いながら、結局は臓器別であり、機能別であるという、人体を切り分けた並びとはちょっと違うのだ。それを持った個人がたくさん集まって社会になっている。あるいは、環境がある。そことの関係性をベースにしている。そして、医学の中ではわかられにくいということを書いている、恐らく、矢野先生、稲葉先生がおっしゃっているのも同じような感覚で言われていると思います。

【司会】そのとおりですが、1つのモデルコアカリキュラムで危惧していることは、医学一般から言うとFというのはどうも要らないのではないか、バックグラウンドにあればいいのだという意見です。それは我々が皆共通して持っていて、確かに切り口が全く違うので、ほかと一緒に並べられると変な感じがします。一般の臨床の先生から見ても、やはりFというのは得体が知れない。社会医学というのはなくても、他の臓器のところに入っていけば、それでいいのではないかと。それに対して、このFを何とか守ろうという教育協議会のフィロソフィーもまたある。

【実成】よくわかりますので、私が書いたのはまず医師法を持ち出しています。医師法に保健指導というのが書いてある。公衆衛生と書いている、そこをどう責任を果たすのか。医学教育も説明責任がありますよ。もう一つは憲法を書きました。だから、憲法と医師法で公衆衛生が揺られている。医学教育が何をやっているのかというときに、説明責任をちゃんと果たさなければいけないということを実は書きました。他の威を借りるわけではありませんが、憲法で公衆衛生があるわけです。医療はなくても、公衆衛生はあるわけです。それがあるし、医師の目的も「公衆衛生の向上に尽くす」と書いてある。それで、コアカリキュラムですから、いわゆる医学教育を行う側は社会にちゃんと説明できるようにしておかなければいけません。説明責任と書いたのは、そこなんですね。

【安村】実成先生のフィロソフィーというか、お話を聞いていろいろなことを思いましたが、先ほどの相沢先生のスライドで、43年の大学紛争のころは、多分、医学医療の社会的な側面ということでのアプローチというか考え方が大事なんだというのが一方ではあったかもしれませんが、いま相沢先生がおっしゃられたように教授が若い人たちにだんだん代わってきて、そういう世代がだんだん定年になっているわけです。

そうやってきて私が思うのは、ほとんど95%以上が臨床医になる中で、臨床医になる人

たちにどういう形で公衆衛生が関わるかということだと思えます。それで、先生のおっしゃられたようなことは僕も共有できます。ただ、このコアカリがいま見えていて、先生がおっしゃられるよう危惧がどうして出てくるか。やはり、Fにあるからだめだと思いました。Aの次にあるか、Aになければだめなんですね。医の原則イコール医療・医学というのが社会の中で果たす役割というのがまずあって、先生がおっしゃられる部分、組織、病気の話にならなければいけないのに、医の原則があって固体の話になり、臓器の話になり、診察の話になった後で社会の話が出て、今度は実習です。このフィロソフィー、難しいことはよくわかりませんが、考え方として公衆衛生、社会医学というふうにはニアリイコールではないかもしれませんが、医療、医学というのは、先生がおっしゃるように大上段にふりかぶっていけば憲法から入るといふ、私も同じような講義をさせていただいていますが、医師法も同じように話しています。

僕らはそこから入るといふ、僕らは公衆衛生だからそう入るのではなくて、医師というのが基本的に日本ではそういう位置づけなんだ。そこがまず大原則であれば、コアカリの並びが悪いです。医の原則があって、社会の中における医療、医学の位置づけがむしろすんなり続いて、その上で人というのをどう見ていかなければいけないのか。それは、細分化していった病気でいいと思いますが、ここのEとGの間にFがあるからだめなんだと思いました。

要は、基本的なところのコアカリの考え方の大原則の医師をどういうふうにつくっていくかの基本的な理念の位置づけがおかしい。そうすると、さっきの国際法規にも関わりますが、憲法では日本の話だけど、日本というのはいよいよ国際貢献という意味では、日本の医師の役割という位置づけももっと明確に出てくるのかな。

【実成】誤解を恐れずに言えば、私はFがあるというのは悪い面があると思えます。そのことは我々としては外に対してどう言うかは考えたほうがいいと思いますが、Fというふうには切り出すと、何となく公衆衛生の実施を保健所に行って、保健所で働く人たちがどうするかという話について、実は九十何%からなる臨床医にとって公衆衛生は何が必要かという。特に公衆衛生マインドみたいところが、ちょっと別な話にされている気がします。

いま安村先生が言われたAの辺りの最初のほうを見ると、医の原則とか、コミュニケーションとか、安全とか、これは絶対に公衆衛生だと思います。その並びの中で、だから、安村先生の言われることは大賛成ですが、地域医療のこととか、社会の中とか、環境とか全部入れるべきだと思います。

それで、大変申し訳ありませんが、医師法や憲法の公衆衛生というのはちょっと違和感がありまして、例えば、解剖学という言葉は憲法にも医師法にも書いてないけれども、解剖学を無視して医療は誰もしませんね。当然のことなんです。本当は社会のことを無視して医療できないはずですが、それを憲法だ、医師法だ、あるいはもっとありていに言えば「国家試験に百題出るから公衆衛生は大事だ」という言い方をしなければならないのは、実は我々の怠慢だと思います。そういう努力、逆にFを切り出さないで、他のすべての項

目の中に公衆衛生を突っ込むぐらいのことが本当は必要だった。小さく固まって一種鎧の中でブルブル震えている状況になっているのが実態だし、現在の時点ではFを消すというのはテクニックとしてはまずいだろうとは思いますが、そこでおしまいにならないで、その先を本当はもっと考えていかななくてはいけないという気がします。

【矢野】あえて別なというか、僕はいつも先生の話聞いて、どうやってうまく臨床医になる教育の中で自分たちの教育を位置づけていくかというのは僕にとっても大きな課題なので、先生のお考えもとても共感します。

ただ、憲法と医師法の話での公衆衛生というらえ方と、正確に申し上げないといけないと思うのは、憲法や医師法には「公衆衛生」と書いてあって「公衆衛生学」とは書いてないです。それはやはりパブリックヘルスであって、僕なんかが所属しているのは学問体系としての1つの公衆衛生学だと思うので、それを混在して話しているわけではなくて、パブリックヘルスの重要性というのは、私たちが志向している国民の健康とか、そこニアリコールであって、医師の役割というのは公衆衛生の向上を目指すということであって目標系であって、それを実際に実態として学問体系としてやっていくというのが公衆衛生学だと思っていますので、そこは厳密に言うとは違うかなと思います。

【実成】いま出ている議論は、本当に私たちが医学部の中で苦勞してきている絶対的少数派としていつも苦勞しているところです。ちょっと別な話をしますと、実は日本で公衆衛生というものが資格として認められている、国家資格としてきちんと認められているものは保健師です。保健師は昔からの歴史で資格であり国家試験である。昔は公衆衛生看護と言っていました。その歴史があって、看護学を多くは3年やってプラス1年、進学して保健師教育をびっしりやる。合計4年で保健師という公衆衛生の専門職が誕生する。そして、国が認めて免許を与える。

保健師の歴史は、社会的に成立した専門職として4年間で与えられるという歴史でした。ですが、この十数年、4年生の看護学部、あるいは看護大学ができていって、いま144校あります。医学部よりもはるかに多い144校で、年間8,000人ぐらいですか、もっと多いですね。それで4年間で看護師教育と保健師教育をカリキュラム上、混ぜてやるようにした。これは、いわゆる統合教育という呼び方ですが混ぜてやり出しました。それで10年ぐらいやってみたら、保健指導がどんどんなくなっていく。実際に看護師教育に携わっている人はわかりますが、授業をしても以前と違います。1年間の保健師教育のときは学生は動機づけされていますから食いついてきます。だけど、4年間で看護師になる人もいれば保健師を目指す人もいるという、そういう中だと授業の反応が全然違う。しかも、学生に看護師像は見えても保健師像は見えてこないんですね。だから、保健師というアイデンティティのところはどんどんなくなっていくというのがいます。ですから、いまの看護学会ではそこが大問題で、看護協会も危機感を持って、看護師は4年教育にして、プラス1年か2年、保健師教育をしなければいけないのではないかとこの今年看護協会が出しています。しかし、全国の144校の大学は、大学管理運営から言うと多くの

免許が取れるほうが良いというようなところもありますから、そのせめぎ合いが今年のものすごく、その世界がやっているところです。

私は、4年生の看護教育になったときに地域看護の先生方に「やがて、あなた方も私たちのような目に遭う」と。私たちが医学部の中で公衆衛生学としてやってきて、ものすごい辛酸を味わっていると理解されないのを何とかしようとか、しかし、多数の圧力でほとんど負けてきています。そういう中で、保健師を教育する方々も4年生でごちゃ混ぜになったときに多分苦勞すると思ったのでそう言っていました。それは担当教科の苦勞だけではなくて、社会的にも保健指導というものがなくなってきているというのが現実です。そこは、さすがにその世界は気がつき始めていま議論しているというところがあります。

だから、いまの医学教育は医師を育てるという大前提ですから、当然、医療であり、基礎的なところが多いというのはわかります。そこに公衆衛生学がある。公衆衛生学をどこに位置づけるか、安村先生がおっしゃったのは比較的前のほうに位置つけたらいいのではないか。それから、矢野先生は他に潜り込ませたらどうか。潜り込ませたときに看護学で言う4年生の統合教育になるわけです。そうしたら、現実には保健指導が見えなくなっていっているという問題があります。だから、私が危惧するのは、Fがなくなって、それがD・Eでしたか、あそこへ細切れで入ったときに、多分公衆衛生というものはほとんど見えなくなるだろうと思います。端的には、臨床の責任でやってもいいのです。予防からリハビリまで、これは医療の持つべき使命ですから、臨床できちんとやれば、それでも達成されることです。あと、公衆衛生マインドというのはどこで担保するのかという問題がある。だから、私はD・Eでやってくださればいいと思います。もし、大学で力がないなら、公衆衛生が力を貸せばいいと思います。それはもういいと思いますが、公衆衛生マインドやら、その辺りを医師としてきちんと持つということをどこで確保するか。いまだと、現行はFだからFのところを充実ということを言っているわけですが、それは、前に行って抵抗がないなら、それでもいいと思います。そういうことではないかと思います。

そこから先は何に奉仕するかというか、それぞれの医学、看護学、栄養学、薬学といって、全部公衆衛生があるんですね。それぞれの分野にあって、そこを公衆衛生学というものの折り合いの付け方という。医学に限らず、いろいろな学問分野で公衆衛生があります。だから、それぞれの専門分野で折り合いの付け方がかなり難しい部分がありまして、いまそれぞれで悩んでいるし、闘っているというような表現になると思います。

【司会】ありがとうございました。矢野先生のそういう意味で、Fをなくすというのはいま作戦的に悪いということは言っておられるので、いまの段階だとなくしていくんですね。公衆衛生の教官が1%という状況の中ですから。

【実成】矢野先生は学部教育に限らず、卒後教育も考えて戦略を立てなければいけないだろうと言われてます。それは私もよくわかりますし、いまやっているのは学部教育ですから、やはり医師養成です。公衆衛生専門職ではない。だから、公衆衛生専門職とは何だろうかという議論が要ります。そこになると、医学だけの問題ではなくて看護学も薬学も

何もかもという、先生がおっしゃったように非常に多分野の、先生が「学際的」とおっしゃったところを私は「集学的」と思いました。「際」ではなくて、集めて1つのパブリックヘルスという概念であり、そういう世界を打ちたてないとなかなか専門職というのは出てこないだろう。

私がいるのは公衆衛生学会ですが、公衆衛生学会は専門職制度というのを検討してみようという、去年から委員会を発足しました。先ほどの相沢先生が委員長ですが、そこでは医学だけではなくて、いろいろな分野の人たちが委員をやっていますので、「公衆衛生の専門職とは何ぞや」という議論をいまやっています。そのの行き着いた先にややこしい問題が出てくるのは、各職種がある。医師、保健師、薬剤師とある。そこにおける公衆衛生専門医、それから保健師とか、それぞれの学問分野における公衆衛生という専門職種という位置づけ。だけど、全部あわせて公衆衛生が構成されるので、共通した公衆衛生という職種です。その部分の折り合いがうまくつくかどうか。産業衛生学会だと、産業医という、医師の中の専門職としています。だけど、現実には産業医だけで産業保健がやれるわけではない。いろいろな職種が関わっています。そこで、産業保健という分野が成り立っている、そこに専門職というのが共通の部分と、それからそれぞれの学問領域における専門職と、ある種2つをどう折り合いをつけるかというのが、多分、数年先の大きな課題になろうかと思っています。

【司会】協議会でもいま検討中のところですね。

【明石】いろいろ議論をお聞きしていて大変おもしろくて、私はここに寄せていただいたのは、実は国際保健で個人的に私は一体何を教えたらいいのだろうかというので実は悩んでいまして、先ほど議論にありましたが、国試で出るから教えるのか。それだったら、国試で出る国際保健であれば、国際機関はどんなもので、何とか理念みたいな、それだけで終わってしまう。そして、それは2問か3問のための授業を何単位かをもってやる話なのかという話ですね。いまお聞きしていて、衛生、公衆衛生ももしかするとそうなのかなと思ったのは、要するに、国試に何々が出るから教えるのではなくて、公衆衛生、あるいは衛生、あるいは国際保健として何々を伝えなければいけないから、それを教えるというのが基本なのではないか。それが、国試に出るかどうかは二の次というか。それさお押さえておけば、逆に国試なんて簡単よという話ではないか。

それで、公衆衛生、衛生、実は僕ももともと外科をやっていて国際保健のほうに移って、その前にマスター・オブ・パブリックヘルスも取りに行きましたが、そのパブリックヘルス、実は国際的にも例えば、アフガニスタンは医療行政をやろうと思っても、いわゆる臨床しか知らない人たちです。その人たちが実際に、公衆衛生行政、広く言えば保健行政ができるかと言えばできないというか、要するに、臨床マインドあるいは患者さんを診るとのことしか、あるいは、言い方は変ですが、病気を診るとのことしか知らないかもしれない人たちに、そういう考え方がもともとないから、アフガニスタンで、例えば公衆衛生の教育をどうするのかとか、そういう話もやっていますが、いまのをお聞きしていると、

要するに、公衆衛生は先ほどコアカリキュラムのところでお聞きして「ああ、そうなんだ」と思いましたが、コアカリキュラムは患者さんが見られるようにするということの土台をつくるんだということ。それは、そもそも患者さんが社会から切り離されていないわけですから、患者さんの背景を知るという意味での公衆衛生かもしれないし、あるいは患者さんが帰って行く場所として社会を知るという意味での公衆衛生という部分もあるでしょうし、もう1つは、患者さんという個人を守るための背景としての公衆衛生の部分と、個人ではなくて、マスというか、集団をどう救うのかとかいうか守るのか。そういう視点と両方あるのかな。そこで見えてくる、ここは個人を見る医者として知らなければいけない部分の衛生、公衆衛生の部分と、集団をどうやって守るのか。あるいは、集団の健康をどうやって増進するという部分の公衆衛生と、もしかすると2段階というか、本当は一緒なんだろうが、そういった捉え方ができるのかと思ってお聞きしていましたが。非常に示唆に富むお話で、ありがとうございます。すごく役に立ちました。

【松葉】コアカリキュラムは、先生が先ほど言われましたように、共用試験とかなりセットになって出てきたという部分がたしか歴史的にありまして、いわゆる臨床実習を始める資格とか、そういうものですね。まあ、個人情報保護法とか、そういうものとセットになっているという部分もあって。

ということで、やはりアンダーグラデートの学生に対してどういうマインド、まあマインドとは言わないまでも、そういう患者さんを診るために必要な知識としての公衆衛生というのをコアカリキュラムの中では1つ出しているのかなという気がしました。最初は、国際保健というのが項目の中に入っていました。国際保健と言うの、私から言わせていただくと、そんなアンダーは必要ないという意見も先ほどありましたが、実は患者さんにも結構外国人の方が多いし、ある意味、患者さんのバックグラウンドを見る意味で国際保健というのが結構役に立つのではないかということ。

もう1つ、私も毎年数名の学生を中国の僻地に連れて行っていますが、意外と公衆衛生マインドを持たせるエントリーポイントとして国際保健は役立っているのではないかという印象もあります。こういうところに出てきづらいというのは、いかにもディシプリンで国際保健をやっている人間が少ないということもありますので、コアカリの中からちょっと消されているのではないかなという気がします。

【実成】私が非常に大事にしている資料が、稲葉先生のお名前になっている「社会学コアカリキュラム案」というので、遡ると2000年にメールが来ました。どういうメールだったかということ、この社会医学コアカリキュラムという群大の鈴木庄亮先生が教授でいらしたときに、稲葉先生と一緒にたたき台を作られたもので、これに関して手を挙げてください。それで、衛生公衆衛生教育協議会として自分たちでコアカリキュラムを社会学系としてつくる。この中には18に国際保健というのが項目してちゃんとあります。私が思うのは、本来、衛生、公衆衛生の分野の人間が、どういうのが本来医師に必要な衛生、公衆衛生の知識、考え方、態度なのか、それを私たちが打って出て行く。

一方、国家試験の出題基準というのには改訂委員に衛生、公衆衛生の分野からも、先ほどの相沢先生、たしか稲葉先生も生活環境のほうで入っていらっしゃいましたし、やはり国家試験自体も、本来こうあるべきだということに学会としても教育協議会としてもアプローチをして、本来こうあるべきだという方向にする。そして、私たちが自ら社会学系のコアカリキュラムをつくっていかないと。そして、実際に進め方としていかにモデルコアカリキュラムの中に社会学系の、先生がおっしゃられたパブリックヘルスマインドをどういうふうに入れていくかという方法論はいろいろあると思いますが、やはり国家試験という縛りは非常に大きいのですから、そこに対してやはりきちんとアプローチしていく。それもただアプローチではなくて、教育協議会としては、こういうふうなコアカリキュラムを考えている。こういう学問体系もあり、これが実践的に臨床医の先生たちを育成する上で必要な分野なのだということを出していかないと、提言としてというよりも、やはり体系として、こちらで提示していく必要があるのではないかと思います。これは、2000年にありましたが、たしか潰れたんですよ。

【矢野】ちょっと確認したいのですが、コアと言うのは大事な部分ということで言うと、国際保健はすごく大事な部分ですが、私は常々衛生、公衆衛生のうちの、いわゆる衛生部分というのは下の学年でもいいけれども、本当は公衆衛生は臨床が全部終わって、できれば、臨床実習も終わって、6年生で教えたいなど。いろいろなカリキュラムが、帝京大学の場合は4年と6年で少しずつ講義をしておりますが、そういう意味で、もしコアカリキュラムというのが4年までという意味であつたら、それは医学部を卒業するまでに全部教えるところの縮小相似形ではないはずだろうなと思っています。そこら辺、ちょっと。私は、いままでの理解で、それこそ共用試験とも密接にある患者の前に出して大丈夫な学生かどうかということの、その患者に出る前にこれだけはというのはコアであって、公衆衛生、医学生教養課程の公衆衛生の全体、あるいはその縮小版ではないのではないかと思います……。

【司会】そのとおりですね。

【安村】そうすると、現実にはいろいろな対応が必要ですが、中期的には4年生ぐらいまで、患者を診るまでに衛生、公衆衛生として何を教えたいか。それから、その後の臨床実習や、他の分野の公衆衛生の臨床実習と、他の分野の臨床実習も併せた中で何を最後に付け加えて医者にしていくかという、そういう体系が本当は必要だな。それがなくて、何となくできるだけコアカリの中にも公衆衛生をいっぱい残しておこうというようなことだけでやっていったのではまずいのではないかと思います。

【司会】もう1つコアというのは、核心という部分と周辺が残るわけですね。

【安村】例えば、周辺ということではないのではないかと。

【司会】ではないと思いますが、4年生まで中でも中心で周辺がある。だから、各大学でコアの部分というのは大体6割から7割、残りの3割から4割は自由に広げていってくださいということをつくったモデルなので、そういう意味で体系として協議会としてはこう

いうのを提案するというのがあると思います。それは作戦として。この部分は、それぞれの大学で特徴を出してくださいというのは、実習なんかでは多分そういうのが大きいと思うので、あまり実習についてはモデルコアカリキュラムは言っていないが。そういう内容だということを理解しながら、提案していく必要があると思っています。

【明石】先ほど国際保健のお話が出ましたので、ちょっと乱暴な言い方かもしれませんが、私たちが教室で日ごろ雑談しているのは、国際保健も結局は地域保健だよというお話をしています。日本にける地域、そこに保健活動を展開する。場所が変わって、それは言葉も違うし、地形も違う。基本的には、そこにおける地域保健だ。そのコアとは何だという。私の意見は、そこはやはり、先ほどいみじくもおっしゃったように、例えば、臨床医がポツと行っても物にならないというのは、社会やら、制度やら、システム、あるいはマネジメントということを知らないから。あるいは、ひょっとして能力がないかもしれませんが、その訓練がされていないと思います。日本の先進的な医療現場に行った人がポンと違った、多くは開発途上とか、戦争をしている場所、そこに行ったときに、それはできないでしょう。医師の環境自体が変わるわけですから。そこでやるべきことは、社会の中でいかに保健や医療を動かしていくかということだから、まさにマネジメントの問題です。だから、こここそ最大のポイントです。専門職になったら、これは前面に出てきます。マネジメントができることと言うのは。私たちが専門職を検討しているのは、かなり大きな項目です。ただ、そこが医学部学生は医師養成のコアカリだから、そこまではあまり強調していない。私は遠慮深く、ここに(5)の地域における保健医療活動というのを設けて、その中に地域の健康管理、マネジメントシステムについて説明できるぐらいは、入れてもいいのではないかと考えて入れています。そこら辺は、公衆衛生のコアだと思う場合は入れているというのが現実です。だから、そこをきちんと身につけて、そういう方が臨床にいたとしても国際保健の場に行ったときに生きてくることはあると思います。基本的な、社会は環境をきちんと理解しないと、日本の先進のものを持って行っても適用できないわけです。その社会環境ですね。その訓練は必要かなと、私は理解しています。

【松葉】国際保健のことで、公衆衛生、パブリックヘルスマインドという言葉をよく聞きますが、国際保健をやっている人間の中だと、よく国際保健マインドという言葉が出てきて、やはりいまどきの医師には国際保健マインドがほしいなということによく言います。やはり、いま公衆衛生に国境はない、地域保健と言うのは本当にタイに行ったらやれば、その地域保健なわけで、国際保健でも何でもないわけです。ですが、そういう分野だけではなくて、いま日本の地域の中にも外国人の住民の方も多し、例えば、産業保健分野でも、私は会社の巡回健診などに行くと、スペイン語が話せないと診察ができないような状況です。ですから、特に何か特別将来、国際保健の仕事に就くから国際保健の知識が必要ということではなくて、普通にいま国内でドメスティックに臨床の現場で国際保健マインドというのがある程度要望されているのではないかと。そういう現実があるとは思っています。それを、コアカリキュラムなり、何なりの中で取り上げていただいたほうがいいのだなとい

うふうに思いますが、いかがでしょうか。

【司会】最初のモデルコアカリキュラムの思案ができたときに、教育協議会としてはいろいろ意見を言おうということで、試案について質問状をつくって書いたことがあります。田中平三先生が世話人代表だったころですが。案が公表されたときに、国際保健、産業保健、精神保健が除外されていました。それを、こちら側から質問したということで、入れてくれたのが精神保健は、地域保健の中に(4)の4)に精神保健を入れました。そして、5)に産業保健を概説できるというところを入れました。それで、国際保健は入っていませんが、これは(1)・2)の社会構造の国際化で妥協させられたということです。

臨床の先生たちは、いま言った3つに関しては、解剖の先生が委員長でしたが、医学の中、4年生までには要らないだろうという理解だったようです。一応入れてはもらいましたが、内容としては不満足であるというのは皆思っているようですが、提案として何か入れますか。4年生までの中で、国際保健、地域の国際化ということではなくて、国際保健を概説できるというようなことを、どこかに入れるというのはなかなか収まりが難しいかもしれません。

【松葉】それから、地域だけでなく、例えば職域とか、学校とか、そういうところでも国際化というのが大前提で、地域に限定しない形で、ここに国際化というようなのを持ってきたらどうでしょうか。

例えば、帰国子女の問題なども国際化であるし、そういうものにメンタルにも対応できるようなスキルが必要だなということも言われていると思いますし、本当に産業保健なども外国人の労働者が多いですから、非常に地域だけではなくて、そういった部分での国際化というふうにまとめられるのではないかと思います。

【司会】地域ではなくて、社会構造の中の国際化と健康疾病との関係を概説できるという形になっています。地域保健の中には、母子保健、老人保健、精神保健、学校保健、そして国際保健は入っていません。いまは、そういう現状です。

【矢野】先ほど安村先生が提示された5年前の国際保健の項目や骨子はどうなっているのでしょうか。世界の人種、民族、国々と、その人口、環境、教育水準、GNPというのが項目になっていますね。途上国の保健医療問題、それから国際保健医療における交流と協力の方式、国際的現状、保健医療関係の国際機関の役割と活動。

そうすると、そこでの展開方式とか、そういうことでもなくて、国際的な感覚を持つというふうな……。

【司会】そういうことですね、視野を持つということだけだと思います。

【明石】よくわかりました。

【司会】ということで、実際に具体的にこの中に収めるのはなかなか難しいかなという感じはしました。議論が検討課題ということで止まりましたが、実際には4年生までの現在のモデルムコアカリキュラムにどうしても入れるということの強い文章というか、内容がまとまればいいのですが、それはまとまりそうもないという感じはします。

もう1つ、いまの議論の中から別な話で、国試との整合性ということで幾つかの項目を安村先生が出してくださいましたが、さっきからFではなくてAかBにしろという意見の中で考えると、国試との整合性でも確かに医学総論の中の最初に保健医療論と、予防医学というのが、予防と健康管理、健康増進というのが入っているので、そういう意味では整合性を保つということであれば、FではなくてAかBの中にこういう考え方を入れたらどうかという意見を1つ入れてもいいのかなと思いましたが、どうでしょうか。そうすると、Fが少し強くなる。必修の基本的事項というのとはちょっと違うような気もしますが、保健医療論や予防医学の内容には近いような気がする。コアカリキュラムの流れの中から最後に置くのではなくて、もう少し前に置いたらどうでしょうかという提案はできるかもしれないと思いました。

1が倫理で、基本的なことでしたか。コアカリのモデルのAというもの。個体の構成と機能から始まりますね。細胞から。

【安村】生理、解剖というような感じで、。

【司会】生理、解剖よりも、細胞から始まるんじゃないですか。個体の構成と機能。細胞の基本構造から始まっているので。Aの次、医学一般の前に持ってきてもいいですかね。考え方から行くと、小さいときからだんだん人間に行ってFになるという感じだけ。

【安村】原因論としてはそこにあってもいいけれども、対処法とは合いにくいでしょう。

【司会】基本事項の次ぐらいのほうがいいのかもしれないですね。

【実成】いかにも付け足しのようになっていますね。

【矢野】聞いています。こっちに入れようとしたけれども、DやEに入れようとしたけれども、入らないからと。

【司会】Aの次ぐらい、基本事項の次、Bの前。Aの第5項に置くには少し長すぎるんですね。Fを全部入れると。

順天堂もそんな感じで、2年生で保健医療論というのが公衆衛生と衛生、その他、法医学と医史学というのがありますが、医学史ですね。それら病院管理学、そういうのが一緒になって保健医療論をつくって、2年生に来て細胞レベルの話が終わった直後ぐらいに入れています。

【安村】病気を詳しく知らない段階でというのもおかしくないですね。

【矢野】ええ。特殊なテーマだから

【安村】実習の位置づけは、後半でもいいわけですね。

【矢野】ええ。ただ、私はできることなら系統講義もできるだけ課題スタートにしようとしているところです。体系を教えて、それからというふうなのが実は学生の理解があまりよろしくないと思うので。

【司会】先に具体的なテーマがあって、それから系統に移るという。まあ、保健医療という体系になるので、2年生は食いつきが悪いですけどね。

【安村】どのくらいのこるのか。抽象的な話として、教養過程の間だけで通常終わってし

まわらないのかなという。

【矢野】それは、あります。だから、体系的に日本の制度がどうなっているとか、そういう話があっても、ほとんど食いついてこなくて、むしろ、地域医療で実際にこういう医療をやっているんだと情熱的に語る先生の話は残っているようです。保健医療の中でも、そういう地域医療の講義はありますが。

【矢野】いまのことですが、これはカリキュラムなので、経験から言うと、どの時期にするかというのは実に大きなことです。やはり、後でするほうがわかりがいいというのが現実だと思います。私のところでは戦略的に6年一貫で考えていて、1年、2年では教養と専門というところを合わさった教育をしよう。そこに、教育学やら、心理学が登場してくる。そうしていますが、4年、5年になると専門性を高くしていきます。最後、6年生は時事学というものを設けて、6年間をある種振り返るということにして、1年から6年まで通して、社会医学をどういうふうに学生に伝えていくかというふうに考えています。

だから、1年、2年だけで早期にやるの、やはりそれなりのハンディもありますから、そこだけで終わると、ちょっと苦しいですね。それをずっと連続性を持ってとらえて、学生の成長に合わせて専門性を高めていくという、そういう戦略をやっています。

【司会】社会医学と言うのはそういう特徴があるので、最初から教えたいし、最後も教えたい(笑)。毎年教えていたい。

では、Fを前に置く提案も含めてまとめてみたいと思います。1つは、大きなところとしてFをBぐらいに持っていきたいということ。その中で実成先生の言われた、地域における保健医療活動を1つ項目に入れるということと、産業保健、物理的因子、あるいは生活習慣病を何らかの形で臨床と直結したような、他の項目と、国家試験は両方ダブっているところが幾つかありますが、そういうものをつくっていきたいという方向を考えたいと思います。その3つぐらいでいいでしょうか。

国際保健はいま蚊帳の外になってしまいましたが。一応、新しく国際保健を設けるといふのはちょっときついような気がします。

国家試験との整合性で問題になるところは何かありますか。コアカリで国家試験がないところはありますが、国家試験のほうでコアカリにないところが幾つかあるということでしたが。

【矢野】途中ですみませんが、国際保健の件ですが、毎年社会医学セミナーなんかが開かれて、あそこに来る学生の中のある部分は国際保健趣向の人が来ています。そういう意味では、公衆衛生に興味を持つ人の窓口には十分なり得ているという気がします。どこかにその言葉が挟めたらどうかという気はします。

【司会】国際化ではなくて、国際保健という形で入れたいということですね。

【矢野】現実、確かにそうです。例えば、先ほどの(5)に地域における保健医療活動という、これは新しいというよりは、ある部分再整理ですが、上からいろいろ持って来て、それから新たなものを付け加えてという、再構築の部分なので、ひょっとしたら認められるかも

しれない。わかりやすくなったという意味では、その地域における保健医療活動というような中に、どこかうまく「国際保健」というような言葉を入れられないでしょうか。

【司会】うまく入りますかね。8 番目ぐらいに入れておきますか。ここに組んであるのは、世界のどの地域に行っても必要な技術論だとは思いますが。

【矢野】まあ、少しだけ申し上げたということで……。

【司会】ちょっと考えましょう。8 番目に、国際的視野に立った何かについて説明できるとか、概説できるとか、入れておきますか。何か、いい言葉があったら教えてください。

それから確認ですが、疫学のところで、研究デザインが△になっていて、C B Tの問題がつかれないということを言いましたが、臨床研究と医療の中の研究デザインは全部△で、4 年生の試験には出せなくて、5 年、6 年でやればよいということになっていますが、この中の基本的なところはむしろ、前の「疫学の諸指標について説明できる」のところ。疫学と予防医学の3)の次に、研究デザインの観察研究、ケースコントロール、コホートぐらいは入れておかないとまずいですね。ただ、臨床研究のケースコントロール、コホートだという理解で、整理が少し必要かなという感じがしています。

あと、細かいところで「国民栄養」というのが抜けています。資料4. 6 ページ「国民栄養食品の安全性」、食品衛生法については一部入っていますが、「国民栄養の現状と対策」がまるっきり抜けていますが、生活習慣の中に入っていると考えていいのでしょうか。

【矢野】全部入れるのが正しいのですか。

【実成】いえいえ、全部入れる必要はないと思います。整合性ということで考えればよいということなので、ここの解釈をこういうふうにしておく、というふうにしておけばよいと思います。

【矢野】では、全部がどこかに含まれていればいいですか。

【司会】含まれていても、臨床実習に行く前にそれがどうかという観点ですね。

【矢野】だから、単純に国家試験の判断の資料には使えますが……。

【司会】全部入れる必要はないと思いますが、ただ、付け合せてみると、これもいれたほうがいいかなということに気づくとか。そういうことで理解して、整合性というのはそういう意味で考え手います。

【松葉】研究デザインのところで、これが△になっているので問題が使えないということがありました。臨床研究というのが(6)に入っていますが、観察研究、ケースコントロール研究、コホート研究、これは臨床研究というより、普通に疫学研究というふうにされるようなものであって、本当に誤分類になっているような気もしますが。

【司会】むしろ、ここを取ってしまえば問題が作れるということで、解釈というような感じで、ここを削って疫学の概念の中にこういうものが入っているという。

【安村】概念、方法論などは言えないのですか。

【司会】ええ。概念と方法論としてデザイン。臨床研究のデザインから、これを取ればよいんですね。そうしないと、作成問題を評価する責任者が、この言葉が入っていると、「こ

れは△だ」という理解をするらしいです。

【矢野】いまのところはむしろ、患者の前に出る場合に何が必要かという観点で言うと、臨床疫学ですね。医学判断学とか、そういうことだろうと思います。確かに臨床研究というのは、卒業してしばらくして学位を取ろうかというときの話で、その言葉だけでやると、まだ早いだろうという話になるかと思いますが、患者の情報を集めて、それをどう判断するかみたいなどころとしてだったら、絶対に必要なところになると思います。そのときにケースコントロールやコホートの概念も結構重要で、情報の取捨選択とか、4つのステップとか、そういう文脈と併せて入れるのがいいのではないかと思います。

【司会】臨床判断学みたいな、臨床研究と医療の中に、臨床判断学という項目をつくりませんか。なかなか難しいところですね。

【矢野】2は疫学と予防医学なんですね。変わらない限りは、これでいくわけでね。そして予防医学でエビデンスを提供するのは疫学だと思います。そうすると、予防医学の観点からすると、その方法論はあるべきではないかという気がします。

【司会】概念の中に多分方法論が入っていると思いますが、では、「方法論」と入れたほうがいいような感じですね。これは細かくなりますが、一応提案として問題が作れるようにしておきたいということを出したいと思います。

【松葉】1つよろしいでしょうか。介入研究としてRCTとか二重盲検は△が付いていますが、フィールドトライアルみたいなものはどこに入るかというのと、こっちの疫学の方法論のほうに入って来ると思うので、そうすると、それは出題できるという変な形になっていますね。

【司会】枠にはめておけば、応用適用と言う、そういうところかなという気もします。でも、二重盲検法や、RCTも知っておいてもいいわけですね。どこまで知るかは、難しいですね。判断学に皆入ってきますから。

時間がきてしまいました。あと細かいところは、私が少しまとめてみたいと思いますが、矢野先生、安村先生にも協力していただいて、少し提案事項という感じで、最後にまとめて報告書をつくりたいと思いますので、秋の富山での公衆衛生学会のときの教育協議会に何とか。報告書をまとめるのはちょっときついかもしれませんが、発表はしなければならぬので、簡単な報告はしたいと思います。

それで、卒前教育の委員会の役割は、それで今年で終わりにしようかなという気はしています。実習に関しては、矢野先生のほうでケースメソッドをつくられるということです。

【矢野】その報告を少しさせていただきたいと思います。

この2つのうちのアンケートの後半の実習のほうですが、それは昨年12月にここでやったときに大体のまとめをしまして、その後に入ったデータはご容赦いただいて、そのまとめたものを文書にしました。それは小さな部分ですが、より大きなことは、ケースメソッドを全国の大学で使っていただけるように、そういう教材として作るということで、いまかなり最終段階に入っていますが、具体的には岡山から東大に移られた川上先生と京都

の中原先生と、埼玉の永井先生、愛知の菊地先生、名古屋の伊丹先生、それから、私どもの教室、直接には私と教室の荻田、その他の者で十幾つのケースと、そのディスカッションということで集めて公衆衛生学会の売店に並ぶようにという格好で篠原出版新社で出版予定です。その第1章で、今回の調査の結果、社会医学実習部分についての調査の結果を、出ささせていただいております。その調査の主要な部分というのは、社会医学実習がちゃんとした目標、目的意思をもってやられていない。何とかしなくてはということですが、一応そういうことです。それに対しての答という格好での教材の提出をさせていただいております。

【司会】 それでは、時間ですから終わります。どうも、長時間ありがとうございました。

4) 8月26日衛生学公衆衛生学教育協議会出席者

- 1 安村誠司 福島県立医科大学医学部公衆衛生学
- 2 相澤好治 北里大学医学部衛生学公衆衛生学
- 3 明石秀親 名古屋大学大学院医学研究科国際保健医療学
- 4 北村文彦 三重大学大学院医学研究科公衆衛生・産業医学分野
- 5 吉益光一 和歌山県立医科大学医学部衛生学
- 6 實成文彦 香川大学医学部衛生・公衆衛生学
- 7 鈴江 毅 香川大学医学部衛生・公衆衛生学
- 8 矢野栄二 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学
- 9 稲葉 裕 順天堂大学医学部衛生学
- 10 松葉 剛 順天堂大学医学部衛生学

5) <北里大学医学部の臨床実習における公衆衛生>

相澤好治 (北里大学医学部衛生学・公衆衛生学)

北里大学医学部の臨床実習について発表する機会を与えて頂きありがとうございました。本学部では第4学年に予防医学の講義と実習が34コマ(1コマ=80分)、第5学年と6年の臨床実習の中に「公衆衛生」実習が入っておりまして、それを紹介するよというお話でした。以前と比べると時間数は減少し、内容も変更されていますが、紹介させていただきます。

1. 北里大学医学部の沿革

北里大学は相模原市にありまして、周りが相模原ゴルフカントリーという有名なゴルフ場に取り囲まれているところです。医学部と大学病院のほかには医療衛生学部、看護学部、理学部、一般教育センター等があります。

宣伝で申し訳ありませんが、1962年に学園ができました。学園と言っているのは、新潟県に保健衛生と栄養の専門学校があるからです。母体の北里研究所より学園のほうが、現在は規模が大きくなっています。1970年に医学部ができて、その前に薬学部(東京港区白金)と獣医・畜産学部ができています。来年4月からは獣医学部となりますが、青森の十和田にあります。一番先にできたのが衛生学部ですが、現在臨床検査技師だけでなく、リハビリや医用工学などを含めて医療衛生学部ということになっております。水産学部が三陸にあり、看護学部(相模原)です。それから理学部(相模原)を合わせて7学部があります。いわゆる生命科学系の総合大学というふうになっております。

昭和43年ごろからインターン制度廃止を機に、全国的に医学部の紛争がありまして、講座制廃止の闘争が起きました。昭和45年~46年となるとその運動が終わり、逆に医学部の反動勢力が起きて改革派は粛清され、43年ごろに頑張っていた先生方が新天地を求めて北里大学に来られました。そして北里大学で、新しい良いものをつくりたいということで、講座制打破の掛け声のもと教室制をとっていません。教育単位はあるけれど研究は、自由にどこでもできるようにしよう。教育は教育単位でまとめてやって、研究は自由にどこの単位に行ってもいい。例えば、公衆衛生学単位で教育をしても、病理のほうの研究単位に入ってもいいとか、そういうものをつくりました。

それから授業の方でも、系別総合と言いまして、内科学という系統講義はしない。呼吸器系や消化器系というように、いまのコアカリ対応教育のように、講座制を廃止してやり始めたわけです。ところが、だんだん時代が進んで平成6年ごろになって、2代目教授に世代交代し、国立大学から多くの教授が赴任され、ある程度、自分たちの研究室や医局機能をもたなければやっていけないということになりました。系別総合教育システムも再検討されましたが、結局教育についてはほとんど変わりませんでした。かつては改革派が守旧派となって頑張ったところにコアカリが出てきましたので、「それ見たことか」ということでやっております。

開設当時の医学部の理念は、公害とか職業病、無医地区などが社会問題でしたので次の

通りでした。

- 1). 医学教育の刷新
- 2). 医即仁の医道に基づく診療
- 3). 拡大する公害、職業病等を含む公衆衛生、予防医学、産業衛生の推進
- 4). 地域社会医療への協力
- 5). 無医地区解消への協力
- 6). 開発途上国に対する国際協力
- 7). 研究推進の重点方策

どうもこれは時代錯誤的だと、評価委員に言われたので、数年前にこの 4 つに絞りました。

- 1). 人間性豊かで優れた医師の養成
- 2). 学際領域を含む医学研究の推進
- 3). 国際貢献と地域医療の協力
- 4). 予防医学の推進

「平成 12 年の変」というのがありまして、その当時の学部長が非常にドラスチックに破壊することに生きがいを持っている方でした。ご本人も基礎医学者なのですが、基礎系の単位を縮小したいということで、同じ科目、例えば病理、解剖、生理など 2 つあるものは全部 1 つにしようと言いました。もちろん現役の教授がいるときはとてもすぐにはできませんので、定年退職をしたときに 1 つにしようということになりました。最初に微生物学と、寄生虫学で合体して、微生物・寄生虫学ということになりまして中単位というのは教授が一人で、基本単位 (4 人) より定員は少し多い 7 人の構成員で中単位ということになっています。

衛生学、公衆衛生学も、同じ名前だということで中単位になりました。それから、病理学も 2 つありましたが、1 つになりました。それから生化学も 3 つありましたが、1 つになりました。臨床病理学は臨床検査学という名前に変えて、教授を置かないということになって縮小して、いままで続けております。

その学部長も交代して、今は拡大基調になりまして、教育研究部門ができ、内科学は 3 つあったのが 8 単位になり、総合診療医学というのができまして、胸部外科学が呼吸器外科学と心臓血管外科学に分かれています。臨床のほうはかなり分けて拡大していますが、基礎のほうは小さくなっているという傾向であります。

2. 衛生学・公衆衛生学の教育

衛生学、公衆衛生学の人員は、以前 5 人の教員が各 2 単位にいて、10 人体制でやっていました。それから 5 人の技術員がいましたが、平成 13 年に教授が退任になりましたので、中単位になりまして主任教授は私一人で、合計 7 人ということになりました。助教授を 2 人、講師 2 人、助手 2 人ということでやっています。あと、技術員もだいぶ減って 2 人になりました。大学院生が 10 人で、アルバイトの技術職を雇っているというところです。

衛生学・公衆衛生学全体の教育ですが、第4学年で臓器系別総合の中で、環境医学系という名前で行っていました。コアカリができた時に環境医学だけでは困るので、予防医学系にして、34コマ（実習6コマを含む）となっています。この実習は、空気測定、気候要素測定、騒音測定、健康診断、疫学・統計学実習からなります。コアカリというのは先ほどもお話がありましたように6、7割はコアで、あとの4割から3割ぐらいは自分のところの大学でやりたいことはやるということでありましたので、レポート作成と発表を行っています。というのは、CBTのような〇×式だと学生の思考力は落ちてくるのではないかと懸念しておりましたので、3つぐらいからテーマを選んで、例えば地球温暖化などのテーマで、一ヵ月ぐらいの間にレポートを書いて発表してもらっています。いい発表には、医学部新聞に写真との共に掲載するというようなことをしております。

3. 臨床実習

本日のテーマは臨床実習ですが、これは第5学年で行っています。4月から2月の上旬まで各グループ5、6人の学生が18グループやってきます。ですから、隔週ごとに5、6人の学生が来て我々は同じことを教える。繰り返して18回やるわけです。大変な作業ではありますが、スタッフには同じことを繰り返さず、少しでも改善する意欲をもって欲しいと言っています。第6学年の1学期は選択実習で、われわれは、2、3人を各1週間老人保健施設、東洋医学研究所、小児科医を手配して、これを3グループ行っています。また9月から11月までは国家試験対策で、集中講義11コマを担当しております。とにかく信じられない位の教育量ですので、他の大学から赴任された教員は悲鳴を上げています。

「公衆衛生」の「臨床実習」ですが、現在は1週間しかやっておりません。私が昭和55年に赴任した時は、第1期で、5年生の「公衆衛生」臨床実習が3週間ありました。これがベッドサイドの臨床実習の中に入っています。それで12グループで、人間ドックと産業健診を行う機関が病院の中にありましたので、そこで実習をすることができました。例えば、今はできないことですが、集団健診を学生にやらせ、教員が監督する。また保健所実習を1週間やっていました。家庭訪問が一番学生にとってはよかったと言っていました。

第2期は平成8年から13年間で、学校の方針で6年に臨床実習が移って2週間になり、14グループありました。保健所実習が1週間、北研病院というのが港区白金にありますので、その中で人間ドック、スポーツクリニック、シックハウス症候群・化学物質過敏症の診療をする環境医学センター、東洋医学研究所という漢方をやっている外来の見学実習をお願いしています。

第3期は14年度からで、保健所実習をやめました。それは臨床研修の必修化がそろそろ実現しそうだったので、保健所にも負担があつて困るという話もありましたし、実習が1週間になるので、とても保健所に出してられないということでやめて、北研病院の人間ドックとかスポーツクリニックの1日が続けています。それから小講義ですが、なるべくケーススタディを試みています。

それぞれのプログラムの内容ですが、第1期のころ月曜日にオリエンテーションがあつ

て、1週目は、個人健診（人間ドック）と集団健診の2つのグループに分けて、水曜日は、逆転させます。それで、個人健診は人間ドック健診で、ヘルスサイエンスセンターで行ってもらい、集団健診は我々がやっていたが午前中講義をして、身体所見の取り方を話し、午後の集団健診は学生が行っているところの監督をして、1日中掛かりでした。木曜日に、私の場合は塵肺の写真の読影の実習がありました。それから、間接撮影読影をしまったので、1週間のうちに2日は完全にこの教育に関わりきりということをやっておりました。赴任したときは、大変なことになったなと思いましたが、やっているうちに慣れてきました。2週目は、保健所に行ってもらい、この間は学生がいないので安心していられます。3週目にまた帰ってきますので、また同じことをやるというようなことをやっておりました。レポートというのは、保健所のレポートの在宅訪問結果を書いてもらっていました。

第2期ですが、2週間になったときですが、これは保健所の実習だけが残っておりまして、ヘルスサイエンスセンター（健診と人間ドック）は少し縮小しました。その代わりに、北里研究所の東洋医学センター、予防医学センターに行ってもらっていました。保健所実習は、相模原、厚木、大和、藤沢の4保健所に頼みまして、年2回ぐらい意見交換会を開催していました。

表1. 臨床実習「公衆衛生」の変遷

<p>第1期：昭和46～平成7年度</p> <p>5年生臨床実習の3週間、12グループ、人間ドック、産業健診、保健所実習1週間（家庭訪問・小講義）、小講義、レポート作成・発表</p> <p>第2期：平成8～13年度</p> <p>6年生臨床実習の2週間、14グループ、保健所実習1週間、北里研究所病院見学北里研究所病院（人間ドック、スポーツクリニック、環境医学センター）・東洋医学研究所見学実習（平成12年度から）、</p> <p>第3期：平成14年度～現在（保健所実習中止）</p> <p>5年生：臨床実習の1週間、18グループ、北里研究所病院見学（人間ドック、スポーツクリニック、環境医学センター）、小講義、課題研究レポート作成・発表</p> <p>6年生：選択実習 3週間2人3グループ、北里研究所東洋医学研究所、診療所、老人福祉施設、レポート作成発表</p>
--

第3期が、現在行っている内容で、ほとんど小講義にしました。4年生のコアカリ対応を予防医学系で教育し、レポート作成による自主的学習と国家試験を意識して学力アップを図りました。1日だけ北里研究所病に行つて見学実習をした後は、小講義で埋めております。なるべく矢野先生のようにケーススタディをやってほしいとは言っておりますが、なかなかできないところもあります。オリエンテーション、保健医療論、毒性学、物理的因子と